

Eva Elisabete Alves Bravo de Almeida

MEDO E ANSIEDADE EM ODONTOPEDIATRIA

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Eva Elisabete Alves Bravo de Almeida

MEDO E ANSIEDADE EM ODONTOPEDIATRIA

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Eva Elisabete Alves Bravo de Almeida

MEDO E ANSIEDADE EM ODONTOPEDIATRIA

Trabalho apresentado à Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Mestre em Medicina Dentária.

(Eva Elisabete Alves Bravo de Almeida)

Sumário

Introdução: O medo e a ansiedade dentária aparecem com entraves às consultas de odontopediatria e consequentes tratamentos dentários. No entanto o papel do médico dentista tem vindo a evoluir no sentido de compreender melhor a origem desse medo e de seguir técnicas capazes de minorar essa fragilidade da criança.

Objetivos: Com este estudo pretende-se analisar, na perspetiva da psicologia comportamental, o medo e a ansiedade da criança face ao tratamento dentário; observar os avanços tecnológicos na área da medicina dentária e, ainda, refletir sobre a importância da relação entre o paciente e o médico dentista.

Metodologia: Foi realizada uma revisão bibliográfica com base em artigos publicados nos últimos 10 anos em revistas disponíveis em diversas bases de dados, tendo sido também utilizados outros artigos com informação relevante.

Conclusão: Verificou-se que a reflexão sobre os conceitos de medo e de ansiedade permite apreender melhor a influência destes dois fatores no trabalho do médico dentista e reconhecer que existem diversas estratégias que o mesmo pode adotar para reduzir o medo e a ansiedade dentária durante os procedimentos dentários.

Abstract

Introduction: Fear and dental anxiety appear with barriers to Pediatric Dentistry queries and consequential dental treatments. However the dentist's role has evolved in order to better understand the source of that fear and move techniques able to mitigate this weakness of the child

Objectives: This study aims to examine, from the perspective of behavioural psychology, the fear and anxiety of the child in the face of dental treatment; observe the technological advances in the field of dentistry and reflect on the importance of the relationship between the patient and the dentist.

Methods: a literature review was conducted on the basis of articles published in the last 10 years in magazines available in various databases, having been also used other articles with relevant information.

Conclusions: It was found that the reflection on the concept of fear and anxiety enables the influence of these two better grasp factors in the work of the dentist and recognize that there are several strategies you can adopt to reduce the fear and anxiety during dental procedures dental.

Dedicatória

Dedico este trabalho:

A **Deus** por me ter ajudado a concretizar este sonho e por estar sempre presente na minha vida.

Ao meu **marido** e aos meus **filhos** pela compreensão, carinho e amor dedicado nos momentos bons e nos momentos mais difíceis.

À minha **Mãe** que fez de mim a mulher que sou hoje.

Agradecimentos

Um agradecimento muito especial ao meu **marido** que sempre me incentivou na minha formação acadêmica. Sem ele não teria chegado tão longe.

À **Dr.^a Rita Rodrigues** pela sua disponibilidade total, apoio e dedicação.

À minha **família** por todo o carinho e paciência.

Às minhas Amigas, **Fernanda Bezerra, Graciele Cardoso e Ana Teixeira** por todos os momentos passados, por cada gargalhada dada, pela ajuda e apoio ao longo deste percurso acadêmico.

A todos os **Professores** que me transmitiram conhecimentos e saber.

Agradeço a todos quantos tornaram possível a obtenção deste curso.

ÍNDICE GERAL

	Página
Índice de figuras	iii
Índice de tabelas	iv
Lista de abreviaturas	v
INTRODUÇÃO	1
DESENVOLVIMENTO	3
I. Materiais e métodos	3
II. O medo e a ansiedade da criança do tratamento dentário	4
1. O medo	4
2. A ansiedade	5
3. Desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança	7
4. Experiências passadas	10
5. Atitude familiar	11
6. Tipos de pais	13
III. O Medo e a sua influência no trabalho do médico dentista	16
1. O medo: uma barreira à atividade do médico dentista	17

IV. Estratégias a adotar para a diminuição do medo e da ansiedade dentária durante os procedimentos dentários	20
1. Importância da relação mutua entre o paciente o profissional e o responsável	20
2. A colaboração da criança.....	22
V. Técnicas de redução do medo e da ansiedade	24
1.Abordagem psicológica.....	25
2.A sedação consciente	30
CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1: Manifestação de medo na criança durante a consulta de medicina dentária.....	4
Figura 2: Ilustração de uma técnica de restrição física	29
Figura 3: Recurso à sedação consciente para cuidados dentários em crianças	30

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1: Impactos negativos na procura de cuidados de medicina dentária	19
Tabela 2: Técnicas aceites e técnicas não aceites universalmente ou controversas	27
Tabela 3: Sedação consciente – Público-alvo e objetivos	32

LISTA DE ABREVIATURAS

DAS Dental Anxiety Scale

IQ Inquérito por Questionário

N₂O Óxido de nitroso

O₂ Óxigénio

INTRODUÇÃO

Para muitas crianças, a visita ao médico dentista pode despertar sentimentos de medo e ansiedade. Estas emoções produzem alterações no comportamento ao longo do tratamento dentário, podendo afetar assim a qualidade deste (Farhat-McHayleh et al., 2009).

O envolvimento de aspetos psicológicos numa consulta de medicina dentária é uma questão importante principalmente na área de odontopediatria.

De acordo com os princípios da medicina dentária comportamental é essencial procurar possíveis configurações relacionadas com o medo e com a ansiedade em odontopediatria (Macedo da Silva, 2012).

A medicina dentária comportamental permite entender melhor as reações e atitudes do paciente, dos seus pais e até mesmo do médico dentista (Holmes & Girdler, 2005).

O medo do dentista é, de facto, um conceito conhecido de todos. Este profissional de saúde é muitas vezes considerado, no inconsciente coletivo, como um indivíduo perverso, cuja finalidade não será apenas tratar (Ferreira, 2007).

Da pesquisa previamente efetuada para delimitação do tema a estudar, depreende-se que a perceção subjetiva do medo e da ansiedade da criança face a uma consulta odontopediátrica poderá ter impacto no tratamento recebido (Macedo da Silva, 2012).

O objetivo geral desta tese é analisar e compreender o medo e ansiedade que existe aquando de uma consulta de odontopediatria.

Os objetivos específicos são caracterizar conceitos (medo, medo dentário, ansiedade) essenciais ao desenrolar da investigação; analisar, na perspetiva da psicologia comportamental, o medo e a ansiedade da criança face ao tratamento dentário; observar os avanços tecnológicos na área da medicina dentária e, ainda, refletir sobre a importância da relação entre o paciente e o médico dentista.

Justifica-se a escolha do tema pela necessidade de melhor compreender o medo e a ansiedade da criança face ao tratamento dentário e pela vontade de contribuir, com o estudo, para uma melhor análise dos seus aspetos comportamentais face a uma consulta de medicina dentária.

Esta tese foi realizada através de uma revisão bibliográfica com base em artigos publicados em revistas disponíveis em diversas bases de dados nos últimos 10 anos.

DESENVOLVIMENTO

I. Materiais e métodos

A pesquisa bibliográfica foi efetuada recorrendo às bases de dados *Medline/Pubmed* e *B-on* e decorreu entre os meses de novembro de 2014 e maio de 2015.

As palavras-chave e a conjugação entre elas são medo, ansiedade, odontopediatria, médico dentista, saúde oral, tratamento dentário, psicologia infantil, técnicas comportamentais, óxido nitroso.

Foram selecionados artigos e trabalhos de reconhecida validade científica, publicados em português, francês e inglês, nos últimos dez anos ou de anos anteriores que tivessem informação relevante sobre o tema.

Dos artigos encontrados foram excluídos todos aqueles que não contemplaram a informação relevante para o tema em questão, tendo sido incluídos todos os artigos que relacionassem o medo e a ansiedade com a medicina dentária, que tivessem sido feitos em humanos.

Dos artigos encontrados foram primeiro selecionados pelo título, depois pela leitura do resumo e por último pela leitura do artigo por inteiro. Tendo sido no final consultados 53 artigos.

Para ilustrar vários temas abordados foram retiradas algumas imagens de alguns sites que se encontram referenciados na bibliografia.

II. O medo e a ansiedade da criança do tratamento dentário

1. O medo

Assim como Mandela disse (Unesco, 2013):

Eu aprendi que a coragem não é a ausência de medo, mas o triunfo sobre ele. O homem valente não é aquele que não sente medo, mas aquele que conquista o medo.



Figura 1: Manifestação de medo na criança durante a consulta de medicina dentária (Fonte: main street smiles, 2015)

De acordo com o Dicionário Priberam, medo é um estado emocional resultante da consciência de perigo ou de ameaça, reais, hipotéticos ou imaginários, uma ausência de coragem perante determinada situação ou, ainda, uma preocupação com determinado facto ou com determinada possibilidade (Dicionário Priberam, 2015).

Para Ferreira, o medo é um sentimento de grande inquietação perante a noção de algum perigo (Ferreira, 2007).

Para outros autores, por exemplo para Álvarez & Rivero, (2006) ou Ramos et al., (2000), o medo constitui uma resposta emocional a uma ameaça, a um risco e, como tal, faz parte do desenvolvimento da criança e decorre da maior percepção desta dos diversos perigos à sua volta.

Do ponto de vista médico, o medo é um mecanismo de autoproteção face a acontecimentos conhecidos ou desconhecidos e poderá resultar de experiências traumáticas passadas (Ramos et al., 2000).

Assim, os médicos dentistas reconhecem que, apesar da grande evolução científica e tecnológica nos seus processos de intervenção, sobretudo a partir de meados do século passado e de uma postura mais consciente da importância da abordagem psicológica como ferramenta essencial na relação entre médico dentista e criança, o comportamento dos seus jovens pacientes, sobretudo as crianças, continua a ser pautado pelo medo e pela ansiedade (Ramos et al., 2000).

2. A ansiedade

A palavra ansiedade deriva do latim *anxietas animi* que significa perturbado, carente, pouco à vontade e de angustia que se poderá traduzir por oprimir, estrangular (Gamier et Delamare, 2009). Deriva da emoção e do medo e traduz, além de uma certa impaciência, uma comoção aflitiva do espírito que receia que uma coisa suceda ou não, o sofrimento de quem espera o que é certo vir (Priberam, 2015).

A ansiedade, considerada por alguns autores como uma doença candidata a definir o perfil patológico do século XXI é uma inquietação profunda nascida de um sentimento de ameaça eminente e acompanhado de sintomas característicos como o transpirar, por exemplo (Álvarez & Rivero, 2006).

Para outros autores, trata-se, também, de uma falta de confiança face a uma situação, o sentimento de não saber o que se vai passar (Lopes, 2009).

Enquanto o medo tem um objeto determinado, a ansiedade é sentida sem um objeto definido. Traduz-se por um estado de opressão, que nos mantém em alerta, misturado com um medo difuso, muitas vezes acompanhado de sinais somáticos diversos (corporais, físicos) como as palpitações e os suores (Santos, 2013).

Esses sinais criam no nosso ser um estado de vigília no qual todo o nosso corpo fica disposto para opor-se a agressões exteriores e o nosso cérebro fica com maior agilidade de raciocínio, num esforço de, perante o medo, conseguir encontrar uma solução (Santos, 2013).

No entanto, o medo e a ansiedade são estados absolutamente normais que nos ajudam a evitar más experiências.

Estudos como os de Lima-Alvarez et al., (2006) mostram a presença de uma relação entre medo/ansiedade e o tratamento dentário.

É, portanto, indispensável para o médico dentista avaliar a ansiedade das crianças a fim de poder fazer o melhor tratamento, pois cada criança reage de forma diferente face a uma mesma situação e a mesma criança pode adotar uma atitude variável em função dos dias e das circunstâncias dos tratamentos (Ferreira, 2007).

Cabe, ainda, ao médico dentista encaminhar o paciente quanto às hipóteses de lidar com este facto, visando a redução do medo e da ansiedade e a instalação de uma conduta positiva em relação aos tratamentos dentários e à promoção da saúde oral (Ferreira, 2007).

Para a maioria das crianças e adolescentes, a ansiedade é uma experiência comum, funcional e transitória, cuja natureza e intensidade variam de acordo com o estágio de desenvolvimento (Santos, 2013).

Sabe-se que compreender o desenvolvimento psicológico e cognitivo de uma criança é fundamental porque diz respeito também à perceção do tratamento dentária que a

criança revela do próprio tratamento dentário e permite uma atitude mais positiva face às consultas e s tratamentos médico-dentários (Corrêa, 2002).

É, portanto, essencial o médico dentista ter conhecimentos sobre o desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança para a poder compreender e adaptar a sua atenção à personalidade de cada criança (Santos, 2013).

3. Desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança

É, hoje, opinião universalizada que o comportamento da criança depende da sua maturidade psicológica, pelo que para o médico dentista o conhecimento em psicologia pediátrica significa qualidade no seu desempenho (Barros, 2007).

Desta forma e para melhor compreender o comportamento da criança, julga-se necessário, numa primeira abordagem abranger os conceitos de medo e de ansiedade, de forma a compreendê-los como uma barreira à atividade dos serviços de saúde oral e ao tratamento dentário das crianças.

Para tal, entende-se ser importante, também, debruçar-se sobre a psicologia comportamental aplicada aquando dos tratamentos dentários com o intuito de se refletir sobre a importância das experiências negativas passadas (Álvarez & Rivero, 2006) e das atitudes familiares, identificando, ainda, diversos tipos de pais.

De facto, entende-se que as relações entre psicologia da saúde e medicina dentária correspondem a uma nova visão do tratamento dentário efetivo na produção e promoção dos cuidados de saúde oral através, essencialmente, da mudança de comportamentos (Álvarez & Rivero, 2006).

Rebelo & Romão (2002) explicam que nada existe (escova de dentes, tipo de escovagem, tempo de escovagem) que tenha um efeito que se possa sobrepor ao efeito

de variáveis como o grau de motivação do indivíduo, o seu grau de consciência sobre saúde em geral e saúde oral em particular.

Da prática da medicina dentária, verifica-se que existem crianças que quando em ambiente de consultório adotam uma atitude introvertida, testemunho particular de ansiedade (Santos, 2013).

Tal significa, numa perspetiva de análise psicológica do comportamento, que o caráter da criança determina uma reação positiva ou negativa face a uma nova situação. Essa reação é, na maioria dos casos, negativa (Hmud & Walsh, 2007).

Assim, pode-se deduzir que controlar um comportamento ansioso poderá diminuir, no âmbito das consultas de medicina dentária, o recurso a técnicas avançadas do controlo do comportamento (Kanegane et al., 2003).

Reconhece-se, assim, a importância da relação entre psicologia comportamental e odontopediatria, uma vez que representa a possibilidade de compreender as necessidades emocionais e afetivas das crianças e os processos que lhes são inerentes e, desta forma, agir de acordo com estes fatores (Arnrup et al., 2007).

Segundo Kaakko et al. (2003), é importante o contato progressivo da criança com o ambiente médico dentário, além do estímulo a uma relação de comunicação e confiança com este profissional de saúde.

Na verdade, e de acordo com os autores James et al., a percepção cognitiva da criança possibilita-lhe fortalecer a sua aptidão para o autocontrolo do seu estado de ansiedade, assim como para James et al. (2007).

Essa competência pode ser melhorada em crianças pequenas, sem a necessidade de outros especialistas, simplesmente com o recurso a técnicas que permitem ao binómio médico dentista e criança trabalharem em conjunto e enfrentarem juntos as diversas situações (Kanegane et al., 2003).

Do estabelecimento da interação e da relação interpessoal estabelecida entre médico dentista e o paciente que conduz a uma relação de confiança entre este e o médico dentista, nasce a possibilidade de aumentar gradualmente a tolerância da criança aos procedimentos dentários (Verlinde et al., 2012).

Dessa ligação decorre uma maior facilidade, agora, para o médico dentista em sensibilizar e convencer a criança para a frequência das consultas (Morais, 2013).

Poderá, ainda, responsabilizá-la, ao mesmo tempo, pelo seu comportamento e o seu estado de saúde oral. Isso, não só através da relação de confiança estabelecida, mas, ainda, com uma informação adequada e específica sobre o tratamento que contribui para a diminuição da ansiedade e, conseqüentemente, de comportamentos adversos e inibidores da ida ao dentista (James et al., 2007).

Do exposto, parece importante realçar que a percepção subjetiva do medo parece concorrer fortemente para os mecanismos de rejeição ou recusa aliados à procura de cuidados médico - dentários (Morse, 2002); (Hittelman & Bahn, 2006).

Portanto, são vários os elementos a ter em conta no desenvolvimento, na educação e na saúde da criança: um conjunto de elementos socioeconómicos e culturais, mas também componentes afetivos e familiares, fatores individuais e psicológicos (Arnrup et al., 2007).

De facto, estes fatores são muito importantes quer na saúde, quer na sua prevenção e na construção do próprio ser humano, no começo da vida e no desenvolvimento e adaptação ulterior (Ramos, 2004).

Assim e com o intuito de promover um desenvolvimento saudável, as crianças precisam de um ambiente de apoio e de suporte. Os adultos, muito particularmente pais e família, desempenham, nesse âmbito, um papel primordial ao nível da saúde dos seus educandos (Ramos, 2004).

De facto, conhecem as suas carências físicas e materiais, mas também as suas necessidades psicológicas como o afeto, o apoio, os cuidados e a orientação (Ramos, 2004).

4. Experiências passadas

A causa da ansiedade dentária deve-se a diversos fatores, mas o mais conhecido está o relacionado com experiências traumáticas vividas antes pelo sujeito e que ressurgem sempre que este enfrenta situações semelhantes às vivenciadas anteriormente.

De um modo geral, o medo e a ansiedade é o fator principal da causa da ansiedade dentária. Surgem normalmente a partir de uma vivência incómoda no passado, e é responsável pela maioria dos casos de pacientes que evitam o tratamento médico-dentário (Peretz et al., 2008).

A psicologia tem-se focado no estudo das consequências negativas de eventos traumáticos e experiências passadas menos boas (Fonseca, 2011).

Estas, como a história psicossocial do paciente podem-se combinar e assim fazer com que o paciente reduza as suas visitas ao médico dentista (Lopes, 2013).

Foi efetuado um estudo, alicerçado num questionário que se baseia na aplicação de duas escalas de autoavaliação de ansiedade e dor, respetivamente, a Faces Version of the Modified Child Dental Anxiety Scale e a Wong-Baker Faces Pain Scale (Montagna, 2014).

Essa investigação realizou-se com crianças dos oito aos catorze anos de idade que frequentaram a consulta de odontopediatria da Clínica Dentária Universitária de Viseu (Montagna, 2014) e pretendeu analisar a importância da gestão da ansiedade dentária em crianças na consulta de odontopediatria.

Esse estudo, ansiedade dentária em crianças – a importância da sua gestão na consulta de odontopediatria, testemunha o impacto das experiências negativas nas consultas de medicina dentária seguintes (Montagna, 2014).

O mesmo estudo revela, também, que os comportamentos ansiosos e não cooperantes das crianças no decorrer das consultas de odontopediatria estão associados à faixa etária da criança e às experiências médico-dentárias anteriores (Montagna, 2014).

Uma boa comunicação entre a criança e o médico dentista e um uso apropriado dos comandos são utilizados em odontopediatria por todos os médicos dentistas quer nas crianças cooperantes quer nas não cooperantes. Além de estabelecer uma relação com a criança, permitindo assim a conclusão dos procedimentos dentários, estas técnicas podem também auxiliá-la a desenvolver uma atitude positiva em relação à sua saúde oral (Council, 2012).

A experiência da prática dentária, para o médico dentista mostra que quando uma criança ou jovem vai ao dentista com uma predisposição para perceber esta situação como um perigo, regista mais facilmente qualquer informação que confirme a sua apreensão, ou seja, estímulos negativos (Hmud & Walsh, 2007).

5. Atitude familiar

O envolvimento de aspetos psicológicos numa consulta de medicina dentária é uma questão importante (Versloot et al., 2009; Macedo da Silva, 2012).

De acordo com os princípios da psicologia comportamental, é essencial procurar os possíveis aspetos relacionados com a ansiedade dentária para melhor compreender as reações e atitudes da criança, dos pais e até do médico dentista (Barros, 2003; Montagna, 2014).

O comportamento da criança e a sua compreensão em relação aos tratamentos dentários estão muitas vezes intrinsecamente ligados às ansiedades e experiências vividas pelos pais (Moraes et al., 2004; Montagna, 2014).

Assim, a percepção da necessidade de tratamento nos pacientes mais jovens é comprometida pela atitude e ansiedade dos pais (Moraes et al., 2004; Macedo da Silva, 2012).

De uma forma genérica a revisão da literatura mostra o predomínio da ansiedade parental na ansiedade da criança, nomeadamente se coincidir com práticas anteriores negativas, destacando-se particularmente a ansiedade materna (Broberg e Klingberg, 2009).

A atitude familiar é, na opinião de Kanwal et al. (2012) o fator que mais influencia crianças e jovens e mais orienta a sua conduta.

Quando existirem experiências passadas negativas, os pais, ainda que de forma involuntária, transmitem essas mesmas experiências à criança ou jovem que se torna receoso de qualquer tipo de experiência médica ou médica dentária (Montagna, 2014).

Vários são os estudos (Tsao et al., 2006; Fisak, 2007; Broberg e Klingberg, 2009) que reconhecem a importância e a influência da ansiedade familiar, mais destacadamente a materna, no comportamento das crianças e jovens perante uma consulta de medicina dentária.

Por estas razões, importará educar o comportamento dos pais face às consultas de medicina dentária (Montagna, 2014).

Essa educação poderá acontecer, nomeadamente através do estabelecimento de uma boa comunicação entre estes e o médico dentista (Montagna, 2014)

Para a autora supracitada, o estabelecimento de uma relação de confiança é uma relação que permita a diminuição da ansiedade dos pais e, conseqüentemente, da criança ou jovem, otimizando, desta forma, o decorrer de uma consulta de medicina dentária e das intervenções necessárias nesse âmbito (Montagna, 2014).

6. Tipos de pais

Desde o nascimento da criança, os pais têm um papel fulcral como moduladores do estado emotivo da criança e no comportamento daí resultante, a partir de determinados fatores como, por exemplo, o tipo de disciplina que estabelecem, a liberdade que concedem, o estímulo seletivo a certas situações e, por outro lado, a partir da retração de determinados comportamentos (Magalhães, 2008).

De facto, devido ao papel primário que os pais têm na vida das crianças, compreende-se que as figuras parentais tenham um grande impacto no desenvolvimento cognitivo, emocional e relacional dos seus filhos (Bosmans et al., 2006).

Tem havido um cuidado cada vez maior em apreçar o impacto do comportamento parental no desenvolvimento infantil e de estudar o efeito desse impacto no comportamento da criança em determinadas situações, por exemplo uma consulta de medicina dentária (Bosmans et al., 2006; Karavasilis et al., 2003; Muris et al., 2004).

Na literatura, destacam-se essencialmente dois tipos de pais, o autoritário e o permissivo (Krikken, 2012).

No entanto, Krikken (2012) identifica ainda outros dois tipos distintos: os competentes porque criam metas para o procedimento dos seus filhos, gerando interações positivas. Estes pais poucas vezes recorrem a castigos, preferindo esclarecer as razões pelas quais não consentem certas condutas e estimulando, assim, os seus filhos a tornarem-se autónomos.

Outro tipo de pais referido por Krikken (2012) é o permissivo que segundo este autor manifesta ausência de controlo nos filhos e não possui elos afetivos nenhuns com a criança.

Relativamente aos pais autoritários, estes caracterizam-se por uma proteção e um controlo exagerado do comportamento da criança (Krikken, 2012).

Segundo este autor, tal contribui para o incremento da ansiedade e explica-se pelo facto do autoritarismo dos pais implicar, muitas vezes, uma relação de dependência dos filhos aos pais.

De acordo com Krikken (2012) essa dependência influencia a consciência infantil da realidade exterior e o entendimento cognitivo de ideias referentes a circunstâncias fora do seu domínio. Essa circunstância conduz, muitas vezes, a condutas de recusa da parte da criança (Krikken, 2012).

Contudo, de acordo com o estudo de Casamassimo et al. (2002) e também de Krikken (2012), os resultados indicam a forte correspondência entre o comportamento da criança nos consultórios dentários e o tipo de pais permissivo.

Essa correlação explica-se pela falta da exigência de regras e limites que forma o problema essencial na educação dos filhos (Casamassimo et al, 2002).

Nas duas situações – pais autoritários e pais permissivos - o fundamental é que o médico dentista institua uma relação de comunicação apropriada com os pais (Chadwick et al, 2003).

O médico dentista deverá, ainda, assegurar que as informações passadas sejam apreendidas e solicitando a contributo dos mesmos, de forma a fornecer um tratamento melhor à criança (Chadwick et al, 2003)

Por sua vez, Kanwal et al. (2012) evidenciam o papel da ansiedade parental, nomeadamente se este coincidir com experiências prévias menos positivas.

Estes autores consideram que os pais que, por natureza, são mais inquietos e temerosos transferem, ainda que não intencionalmente, esse sentimento à criança ou jovem.

Segundo Kanwal et al., (2012), a criança torna-se ansiosa até mesmo antes de qualquer tipo de experiência médica ou médico-dentária, o que afeta à partida de forma depreciativa o seu comportamento na consulta (Kanwal et al., 2012).

Na senda do exposto, percebe-se ser essencial educar previamente a postura dos pais face à medicina dentária, promovendo-se uma boa comunicação e estabelecendo-se uma relação de confiança (Wright, 2011).

Esta comunicação e a relação de confiança daí recorrente deverá funcionar como estratégia de controlo paralelo da ansiedade dos pais e da criança ou jovem para maximizar o decurso ulterior das intervenções dentárias (Wright, 2011).

De acordo com esta perspetiva deve-se, ao mesmo tempo, educar os pais para a preparação antecipada da criança à consulta e estimular pais e criança para uma boa colaboração (Sheller, 2004).

É sabido que as poucas expectativas dos pais apressam as atitudes problemáticas das crianças e jovens abandonando à exclusiva responsabilidade do médico dentista o controlo dessa situação (Sheller, 2004).

III. O Medo e a sua influência no trabalho do médico dentista

O medo do dentista pode exprimir-se por um comportamento recalcitrante em crianças submetidas a tratamento dentário com os problemas de controlo do comportamento a dificultar os tratamentos (Alvarez et al., 2006).

De facto, a imagem do médico dentista está muitas vezes associada a medo e ansiedade. Tal facto é considerado como um fator impulsionador do comportamento de medo do tratamento dentário, que atinge de 15 a 20% da população em geral e mais da metade dos pacientes infantis (Montagna, 2014).

Embora as técnicas de controlo de comportamento desempenhem um papel importante aquando dos tratamentos dentários prestados às crianças, a cooperação médico dentista /criança continua a ser difícil com algumas delas durante o tratamento dentário (Macedo da Silva, 2012).

O medo e a ansiedade dentária emergem como principais fatores condicionantes do tratamento dentário de alguns pacientes e interferem também na sua condição psicológica (Macedo da Silva, 2012).

De facto, todos os médicos dentistas são confrontados, mesmo que esporadicamente, com crianças difíceis. Na verdade, a parte mais penosa é frequentemente o comportamento da criança irracional que se opõe ao atendimento pelo médico dentista (Macedo da Silva, 2012).

Assim sendo, o estabelecimento de regras de controlo de comportamento não é possível, existindo tantos casos difíceis quanto os pacientes e tantas soluções quantos os médicos dentistas (Macedo da Silva, 2012).

Desta forma, quando um indivíduo é levado a enfrentar uma situação que pode ser dolorosa, a ansiedade pode causar um tumulto emocional profundo que leva a exagerar a natureza dolorosa do tratamento e a diminuir o limiar de dor (Eitner et al., 2006).

Esta análise permitirá identificar as estratégias a adotar para a diminuição do medo e da ansiedade dentária durante os procedimentos dentários.

Permitirá, ainda, destacar a importância da relação entre o paciente jovem, o seu responsável, o médico dentista e a colaboração da criança. Possibilitará, também, referir técnicas de redução do medo e da ansiedade (Rozier et al., 2011).

1. O medo: uma barreira à atividade do médico dentista

O medo que pode ocorrer durante os tratamentos dentários parecem ter, de facto, um impacto negativo na procura dos cuidados de medicina dentária (Lopes, 2009; Cohen et al., 2000).

Estes autores, tal como Macedo da Silva (2012) consideram que o medo e a ansiedade têm um reflexo negativo na qualidade de vida dos sujeitos.

Agruparam os impactos negativos na procura dos cuidados de medicina dentária em cinco categorias, de acordo com as suas especificidades (Macedo da Silva, 2012).

No respeitante aos impactos fisiológicos, estes traduzem, essencialmente numa ativação simpática de maior ou menor intensidade, no dia da consulta de medicina dentária ou até mesmo na véspera.

Relativamente aos impactos cognitivos, são de destacar os sentimentos negativos, a baixa auto estima, os pensamentos negativos e as crenças baseadas no sentimento de incapacidade, de fraqueza.

Quanto aos impactos comportamentais Martins (2015) a modificação de comportamentos e a melhoria da higiene oral para evitar tratamentos dentários.

Em relação ao impacto social, evidencia-se, sobretudo, o impacto no trabalho e o aspeto físico que suscita no paciente, em consequência da falta de dentes, vergonha e inferioridade.

Finalmente, o impacto na saúde relacionado com problemas e perturbações do sono.

Uma relação duradoura e de confiança entre o paciente e o médico dentista terá, no caso dos pacientes com maior grau de ansiedade, um efeito de suavização dessa barreira psicológica, facilitando a aceitação dos tratamentos dentários (Macedo da Silva, 2012).

De facto, o medo adquirido na infância, as experiências desagradáveis, ou indiretamente, os relatos de pais, parentes e conhecidos conduzem à apreensão da criança que evita, assim, procurar atendimento dentário devido ao medo e à ansiedade (Macedo da Silva, 2012).

Um dos grandes desafios para a medicina dentária moderna é o controlo do medo e da ansiedade do paciente, sentimentos causadores de *stress* e oferecer qualidade de atendimento e conforto ao longo do procedimento clínico. Estas apreensões devem ser tidas em conta logo de início na consulta com o médico dentista (Macedo da Silva, 2012).

Na tabela que se segue (tabela 1), apresentam-se os impactos negativos na procura de cuidados de medicina dentária e os efeitos desses impactos no paciente. Distinguiram-se cinco categorias de impactos (Martins, 2015).

Tabela 1: Impactos negativos na procura de cuidados de medicina dentária (Fonte: Macedo da Silva, 2012).

Impactos negativos	Efeitos dos impactos negativos
Impactos Fisiológicos	Induz uma ativação simpática que pode ocorrer com maior ou menor intensidade no dia ou na véspera da consulta, na sala de espera, ou no consultório.
Impactos Cognitivos	Inclui sentimentos negativos, baixa auto estima, pensamentos negativos, crenças baseadas no sentimento de incapacidade, de fraqueza.
Impactos Comportamentais	Modificação de comportamentos (diminuição do consumo de alimentos duros por diminuição da capacidade de mastigação; diminuição do consumo de alimentos frios por sensibilidade dentária; melhoria da higiene oral para evitar tratamentos dentários, apesar de dor aguda recorre à automedicação para evitar a consulta e o consultório dentário).
Impacto Social	Com impacto no trabalho (dor que pode incapacitar), aspeto físico (desdentado), alteração da fala por falta de dentes, vergonha e inferioridade.
Impacto com a Saúde	Está relacionado com problemas de sono e perturbações do sono (insónias, pesadelos, antes da consulta).

IV. Estratégias a adotar para a diminuição do medo e da ansiedade dentária durante os procedimentos dentários

O ambiente vivido no consultório dentário é associado, desde tempos mais remotos, a situações de dor e desconforto (Versloot et al., 2009).

O medo e a ansiedade são uma das maiores complicações enfrentadas pelo médico dentista (Morais, 2013).

Assim, e segundo Kanegane et al., (2003) impôs-se a necessidade de adotar estratégias para diminuir o medo e a ansiedade durante os procedimentos dentários.

Dessas estratégias e desses procedimentos, destacam-se a importância da relação mútua e da colaboração entre o paciente, o profissional e o responsável (Morais, 2013).

1. Importância da relação mútua entre o paciente, o profissional e o responsável

Neste ponto pretende-se abordar a importância da relação mútua entre o paciente e o médico dentista e as estratégias não só médicas, mas também psicológicas, que poderão ajudar o médico dentista na sua prática clínica de medicina dentária.

De facto, de acordo com Moraes (2013) e Ridd et al., (2009) a interação médico dentista e paciente só poderá ser produtiva e forte se o médico dentista mostrar, na comunicação que estabelece com o paciente, as características desejáveis e propiciadoras de posturas terapêuticas necessárias, por exemplo, a empatia, a humildade, o respeito, o saber ouvir.

Existe, também, um grande número de atitudes educativas e de estratégias de intervenção psicológica que podem ter um efeito positivo no controlo do medo e da ansiedade (Klingberg et al., 2007).

A mais usada dessas atitudes, assenta na comunicação ente médico dentista e paciente. Constituindo o consultório dentário o local onde decorrem não apenas tratamentos, mas também onde pacientes expressam os seus receios, expectativas e dúvidas (Morais, 2013).

A linguagem é, inegavelmente, um fator estruturante decisivo dos processos que ali ocorrem (Lanning, 2011).

Morais (2013) explicita que, nas três últimas décadas, verificou-se um progresso significativo no processo de comunicação entre o médico dentista e o paciente que passou de uma relação assimétrica centrada no médico dentista para uma relação mais equilibrada entre os dois intervenientes, médico dentista e paciente.

A comprovar essa evolução, um estudo publicado em 2011 sobre a comunicação médico dentista e paciente nos Estados Unidos da América (Rozier et al., 2011).

Este estudo afirma que os profissionais de medicina dentária têm de desenvolver sempre mais e diversificadas estratégias de comunicação com os seus pacientes, dada a mudança da população. Cada vez há mais crianças e jovens a recorrer às consultas de medicina dentária com um crescente desenvolvimento dos cuidados dentários (Rozier et al., 2011).

Estes são dois fatores que obrigam este profissional de saúde a ajudar os seus pacientes a compreenderem a importância da saúde oral (Lopes, 2013).

Como tal, a comunicação é considerada uma parte importante do tratamento dentário (Lopes, 2013).

Uma boa comunicação entre o médico dentista e o paciente tem numerosos potenciais positivos, incluindo a redução da ansiedade dentária, a satisfação, a motivação e a adesão do paciente a boas práticas de saúde oral (Lopes, 2013).

Uma insuficiente comunicação com o paciente pode criar obstáculos e, assim, conduzir a resultados indesejáveis (Nicolas et al., 2007).

Atualmente, a comunicação é reconhecida como uma parte integrante da prestação de cuidados médicos. A relação médico paciente em medicina dentária é construída fundamentalmente durante consulta médica (Lopes, 2013).

Também, como já referido, outras estratégias psicológicas permitem ajudar a superar problemas de ansiedade e condutas difíceis nas crianças (Wright, 2011).

De referir, então, o que a literatura entende por estratégias psicológicas (Versloot et al., 2009).

São todas as que possibilitam conseguir a confiança dos pais e da criança ou jovem e consequente aprovação ao tratamento dentário encarando-o como uma experiência diferente, mas importante.

Entre elas as que esclarecem e salientam a ambos – pais e criança – a necessidade dos cuidados de saúde oral e os aspetos positivos da mesma; as que conseguem proporcionar um ambiente agradável e cómodo aquando da consulta médico-dentária e permitem realizar a avaliação e/ou o tratamento da forma mais razoável possível

2. A colaboração da criança

É importante a colaboração da criança em medicina dentária, sendo o comportamento não colaborante o mais observado junto desta faixa da população. Assim o referem Montagna (2014) e Martins (2015).

Citando Klingberg et al. (2006), estes autores constataam que diversos fatores próprios da criança como a idade, a sua personalidade, o seu desenvolvimento cognitivo e

psicológico, mas também outros aspetos já referidos anteriormente como as experiências passadas, as atitudes familiares e o tipo de pais, interferem na sua atitude durante a consulta.

Verifica-se, portanto, que existe uma vasta variedade de aspetos inerentes à criança que influenciam a aptidão em colaborar com o médico dentista (Wright, 2011).

Deste modo, é sempre fundamental a avaliação prévia dessa possível colaboração pelo médico dentista com o intuito de melhor a rentabilizar, considerando três categorias de classificação para a cooperação da criança: criança do tipo cooperante, criança com falta de capacidade cooperante, criança potencialmente cooperante (Wright, 2011)

Criança do tipo cooperante: crianças que têm uma apreensão mínima e, mesmo revelando alguma ansiedade apresentam um comportamento cumpridor das regras básicas estabelecidas, com as técnicas de controlo do comportamento, quaisquer que sejam, a funcionar perfeitamente.

Criança com falta de capacidade cooperante: são sobretudo crianças com idades inferiores aos três anos ou crianças que têm um *deficit* cognitivo cujas estas características – idade e *deficit* cognitivo – inviabilizam a comunicação entre elas e o médico dentista e, da mesma forma a compreensão da situação.

Criança potencialmente cooperante: normalmente com idades superiores aos três anos, podem apresentar um comportamento menos adequado à realização da observação e/ou dos tratamentos dentários, mas saberão modifica-lo e ganharem uma atitude correta para o cumprimento dos mesmos (Wright (2011).

V. Técnicas de redução do medo e da ansiedade

Um dos grandes estímulos para a medicina dentária moderna é o controlo do medo e da ansiedade do paciente, sentimentos geradores de stress (Albuquerque et al., 2010).

Outro dos desafios é o de proporcionar qualidade de atendimento e conforto durante o procedimento em medicina dentária. Estas preocupações devem ser tidas em conta logo na consulta de odontopediatria (Albuquerque et al., 2010).

Os médicos dentistas que atendem crianças e jovens devem estar preparados para lidar com o comportamento por vezes pouco cooperante deste público e, assim, conseguirem realizar a consultas e/ou os tratamentos dentários (Brandenburg et al., 2009).

Autores como Kanegane et al., (2003) ou Santos et al., (2007) consideram importante o médico dentista adotar técnicas de controlo do comportamento capazes de reduzir o medo e a ansiedade e metamorfosear a consulta e o tratamento dentários numa experiência menos negativa.

É, ainda, cada vez mais relevante conhecer as razões pelas quais os pacientes manifestam medo e ansiedade (Montagna, 2014).

Daí a importância das investigações e dos estudos que tem vindo a ser desenvolvidos na área da psicologia comportamental para melhor compreender o comportamento das crianças e jovens no âmbito de uma consulta de medicina dentária (Brandenburg et al.). Esses estudos permitirão aferir das melhores técnicas para redução do medo e da ansiedade.

De facto, o primeiro objetivo do médico dentista é a promoção de uma boa saúde geral que passa pela saúde oral também e que só poderá ser alcançada se a criança, com a ajuda do médico dentista se sentir capaz de ultrapassar o medo que sente (Araújo, 2002).

A esse respeito, a American Academy of Pediatric Dentistry publica regularmente um guia sobre os comportamentos das crianças (AAPD, 2005-2006).

Este guia descreve técnicas a seguir pelos médicos dentistas para intervenção em situações de atendimento em consultas de medicina dentária, que envolvem estratégias de distração, de reforço positivo, de restrição física e outras (AAPD, 2005-2006).

1. Abordagem psicológica

De facto, existem diversas técnicas de redução do medo e da ansiedade. Destacam-se a terapia cognitivo-comportamental, a terapia comportamental e as estratégias de autoajuda como técnicas que incidem numa abordagem psicológica centrada no comportamento da criança (Rozier et al., 2011).

A terapia cognitivo-comportamental uma terapia psicológica breve com eficácia comprovada e considerado como um dos melhores tratamentos para as perturbações relacionadas com a ansiedade.

Esta técnica utiliza práticas de modificação do comportamento e procedimentos de reestruturação cognitiva para mudar crenças e comportamentos desajustados.

Esta terapia cognitivo-comportamental passa pela aprendizagem de técnicas de relaxamento, realização de experiências e dessensibilização sistemática, ou seja, construir uma hierarquia de situações que provocam diferentes graus de ansiedade ou medo e em seguida vai-se progredindo na hierarquia de uma maneira relaxada e não ansiosa.

O objetivo desta terapia é tentar compreender como as pessoas pensam sobre determinados eventos e de que forma estes desempenham um papel nas suas emoções, como exemplo, a ansiedade e quais as suas respostas fisiológicas a estes eventos (Leahy, 2003).

Terapia comportamental (técnica de dessensibilização sistemática) é uma componente da terapia cognitivo-comportamental. Consiste em expor o jovem às situações que o fazem ficar ansioso. O jovem pode ser exposto a situações que receia na vida real ou em imaginação, usualmente de forma gradual.

Este tipo de terapia ensina a pessoa que o seu medo irá reduzir sem a necessidade de evitar a situação ensinando-a a controlar a ativação fisiológica e os pensamentos negativos que surgem nessas situações (Seligman, 2006).

Estratégias de autoajuda a capacidade e a vontade do jovem utilizar estratégias de autoajuda irá depender dos seus interesses e da gravidade dos sintomas. Se o jovem pretender utilizar essas estratégias deve discuti-las com um profissional de saúde e o apoio dos pais é importante.

As pessoas com perturbações relacionadas com a ansiedade mais graves poderão ter que utilizar estratégias de autoajuda em conjunto com tratamentos médicos ou psicológicos (Braconnier, 2007).

Diversas técnicas que permitem relaxar, apreendidas sob a supervisão de um profissional de saúde, têm demonstrado ser eficazes nos jovens com perturbações relacionadas com a ansiedade, pois ensinam como relaxar grupos específicos de músculos, ou a pensar em cenários ou locais de relaxamento (Hmud & Walsh, 2007).

Contam, ainda, outras estratégias de autoajuda que podem ser úteis como a meditação, exercício físico e evitar o consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas (Braconnier, 2007).

Na tabela que se segue (Tabela 2), e de acordo com a pesquisa realizada, oferecem-se outras técnicas. Técnicas universalmente aceites e as técnicas não aceites universalmente ou controversas (Albuquerque et al., 2010; Martins, 2015).

Tabela 2: Técnicas universalmente aceites e técnicas não aceites universalmente ou controversas (Adaptado de: Martins, 2015).

Técnicas universalmente aceites	Técnicas não aceites universalmente ou controversas
“Dizer-mostrar-fazer”	Restrição física
Controlo de voz	Restrição mecânica
Reforço positivo	Restrição química
Presença/ausência parental	

Existem, como se verificou no acima exposto, diversas técnicas de redução do medo e da ansiedade perante uma consulta ou um tratamento médico dentário. Apresentam-se acima, a terapia cognitivo -comportamental, a terapia comportamental e as de autoajuda.

De facto, estas técnicas têm a capacidade de permitir tratar, nas consultas dentárias, a crianças muito novas que demonstrem ansiedade e medo, o que, à partida, dificulta o seu tratamento (Barbosa e Toledo, 2003; Brandenburg et al. 2009).

Das técnicas básicas constam o “dizer-mostrar-fazer”, que consiste numa técnica que envolve uma explicação verbal dos tratamentos através de frases adequadas ao nível do desenvolvimento cognitivo de cada criança (dizer); mostra à criança os aspetos visuais, auditivos, olfativos e táteis do procedimento, em demonstrar à criança através da comunicação verbal e das explicações dadas como se vai proceder (Loureiro, 2014).

A técnica de “dizer-mostrar-fazer” é utilizada através das capacidades comunicativas (verbal e não verbal) e igualmente pelo reforço positivo (Council, 2012).

Faz parte, também, o controlo de voz, eficaz porque através do controlo de volume, de tom e velocidade da voz o médico dentista consegue obter a atenção e cooperação da criança (Loureiro, 2014).

Na técnica do controlo da voz é efetuada uma modificação do volume, tom e ritmo da voz, de forma ponderada, para que esta alteração influa diretamente no comportamento da criança. Os responsáveis pela criança que não estão acostumados com esta técnica devem ser esclarecidos da existência desta técnica antes da intervenção do médico dentista para evitar mal entendidos (Eaton et al., 2005; Council, 2012).

O reforço positivo é outra técnica de controlo do comportamento com recurso à modulação da voz, às expressões faciais e às expressões verbais que demonstram elogio da parte do médico dentista, tendo como objetivo reforçar o comportamento desejado (Loureiro, 2014).

A técnica do reforço positivo é proveitosa para se impedir a repetição de atitudes indesejadas, premiando a criança quando esta tem o comportamento pretendido. Para que seja criado um comportamento desejável da criança, é primordial transmitir um feedback apropriado (Loureiro, 2014).

Os reforços sociais abrangem uma modulação positiva da voz, expressão facial, o elogio verbal, e demonstrações físicas apropriadas de afeto por todos os membros da equipa médica. Os reforços não-sociais incluem símbolos e brinquedos (Roberts et al., 2010; Council, 2011).

Finalmente, a presença/ausência parental que dependendo de cada criança pode auxiliar o médico dentista no atendimento à criança (Martins, 2015).

Estas técnicas básicas de controlo do comportamento devem ser postas em prática junto da criança (Loureiro, 2014).

Somente em situação de não resultado das mesmas ou quando não foram possíveis de experimentar deverão ser consideradas as técnicas de controlo do comportamento mais avançadas baseadas nas restrições físicas, mecânicas ou químicas (Loureiro, 2014).

Algumas crianças não obedecem às técnicas básicas de controlo de comportamento, por várias razões, imaturidade ou problemas de comportamento que afetam a sua capacidade de cooperação. A sedação pode ser usada com segurança e eficiência nas crianças que não conseguem receber tratamento dentário, por razões de idade, condição mental, física ou médica (Council, 2011).

Nesses casos, podem ser utilizadas as técnicas avançadas de controlo de comportamento que incluem a estabilização protetora, a sedação e a anestesia geral. (Roberts et al., 2010; (Cavalcante et al., 2011; Council, 2011).

Assim, as técnicas de restrição, quer as aceites quer as não aceites universalmente, têm sido utilizadas no âmbito da odontopediatria com o fim de controlar comportamentos inapropriados das crianças durante o tratamento dentário (Martins, 2015).



Figura 2: Ilustração de uma técnica de restrição física (Fonte: estética y rehabilitacion dental, 2008).

Fazem parte das técnicas de controlo do comportamento mais avançadas a restrição física, também apelidada de protetora, a restrição mecânica e a restrição química (Romer, 2009).

As duas primeiras podem também ser usadas em simultâneo. São um sistema manual, um mecanismo físico ou mecânico, material, ou, ainda, um equipamento ligado ou junto ao corpo que a pessoa não pode retirar com facilidade e que entrava o movimento ou o acesso normal a outro corpo (Romer, 2009).

A estabilização é a restrição da liberdade de movimentos da criança, com ou sem a sua permissão, para reduzir o risco de acidentes e possibilitar uma realização segura do tratamento. A restrição pode envolver outras pessoas, por exemplo, os pais, um dispositivo de estabilização ou a combinação das duas coisas. Devido aos riscos associados e prováveis consequências do uso desta técnica, o médico dentista deve avaliar a sua necessidade e as opções possíveis (Roberts et al., 2010; Council, 2011).

Quanto à restrição química, Romer (2009) define-a como uma droga ao serviço da disciplina e nem sempre para tratar sintomas médicos.

2. A sedação consciente



Figura 3: Recurso à sedação consciente para cuidados dentários em crianças (Fonte: gapski odontologia, 2010).

Destaca-se, no âmbito da restrição química, a sedação consciente inalatória com óxido nitroso, uma combinação de técnicas, através das quais se administram medicamentos, que permitem ao paciente relaxar e bloquear a sensação de dor durante os tratamentos dentários (Loureiro, 2014).

Muitas vezes as consultas de medicina dentária com crianças tornam-se complicadas, porque estas, na sua maioria, apresentam-se muito irrequietas, ansiosas ou pouco cooperantes com o médico dentista. Assim, se houver um grande número de tratamentos a realizar, tal poderá tornar-se um obstáculo a que a consulta de medicina dentária decorra nos seus trâmites normais (Loureiro, 2014).

Assim, a sedação consciente com óxido de nitroso apresenta-se como um aliado essencial do médico dentista e, também, da criança, uma vez que possibilita que esta fique mais calma e relaxada, por períodos mais prolongados, permitindo ao médico dentista realizar os tratamentos necessários (Lee et al., 2012).

A sedação consciente por inalação, regularmente realizada nos EUA desde os anos 60 e considerada uma técnica segura e eficaz para a medicina dentária (Council of European Dentists, 2012), tem sido, em Portugal objeto de estudos que referem o papel do odontopediatra na sedação inalatória consciente (Loureiro, 2014).

É um procedimento médico que envolve a inalação de óxido nitroso. Este procedimento, indicado para pacientes ansiosos, em particular crianças, possibilita que seja induzido um determinado grau de sedação que mantém o nível de consciência e permite, assim, alcançar um estado pleno de relaxamento e tranquilidade, mas ao mesmo tempo acordado e cooperante, e realizar tratamentos com todas as crianças que têm medo do dentista em total segurança (Lee et al., 2012).

A sedação consciente é definida como um estado de depressão mínima do nível de consciência do paciente, que não afeta a sua capacidade de manter funcional as vias aéreas de forma independente e contínua, assim como a capacidade de responder apropriadamente a estímulos físicos e comando verbal (Lee et al., 2012).

O óxido nitroso foi clinicamente usado pela primeira vez por Colton e Wells, para extração dentária em 1844. Dois anos depois o médico dentista William Morton administrou o primeiro éter anestésico no hospital de Massachusetts.

A anestesia geral foi apresentada em Inglaterra em 1868 por TW Evans. O óxido nitroso conservou-se popular para extrações, por ser mais seguro e fácil de utilizar (Peden e Cook, 2011).

O óxido nitroso (N₂O) é o mais antigo agente inalatório usado no mundo, concedendo características farmacocinéticas específicas e desejáveis a um agente analgésico e sedativo para procedimentos médicos e odontológicos. É um gás inodoro que apresenta baixa potência, sendo de rápida indução e recuperação, apresentando boa ação analgésica (Peden e Cook, 2011).

O óxido nitroso é, pois, um agente de inalação inorgânico, incolor, sem cheiro e não irritante para os tecidos. Dissolve-se, é transportado no sangue e não é inflamável. Para além disso, não combina com a hemoglobina nem sofre bio transformação (Peden e Cook, 2011).

Tabela 3: Sedação consciente – Público-alvo e objetivos (Adaptado de Lee et al., 2012)

Sedação Consciente	
Público-alvo	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adultos e crianças com mais de 2 anos nos mais diversos tratamentos dentários; ✓ Pacientes com muito medo da dor e/ou com níveis de ansiedade muito altos; ✓ Crianças muito pouco 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar um tratamento de alta qualidade e com mais conforto ao paciente; ✓ Controlar comportamentos inadequados do paciente que interfiram com o tratamento; ✓ Reduzir ou eliminar a ansiedade do paciente, proporcionando bem-

<p>colaborantes;</p> <p>✓ Doentes com deficiências intelectuais;</p> <p>✓ Cirurgias de maior complexidade.</p>	<p>estar e segurança;</p> <p>✓ Aumentar a cooperação do paciente e sua tolerância para tratamentos mais demorados;</p> <p>✓ Produzir no paciente uma atitude mental positiva para futuros tratamentos;</p> <p>✓ Auxiliar no tratamento de pacientes comprometidos física e psicologicamente.</p>
--	--

A sedação com óxido nitroso é um método seguro e é habitual nos países mais industrializados (Lee et al., 2012).

Para que a sedação resulte, a criança tem de respirar calmamente pelo nariz. É fundamental a colaboração da criança ao ser sedada, uma vez que se trata de um gás pouco potente. O seu efeito sedativo tem um início rápido e a recuperação geralmente ocorre entre 3 a 5 minutos (Lee et al., 2012).

A sedação pode ser interrompida em qualquer altura, bastando, para tal, que a criança respire somente oxigénio durante alguns minutos. A criança mantém-se sempre consciente durante todo o período em que está a ser sedada. Respirando sozinha e responde à estimulação física ou ao comando verbal do médico dentista, facilitando, desta forma, também, a evolução dos procedimentos a realizar (Lee et al., 2012).

De referir que, todo o processo é devidamente acompanhado por um médico anestesista, estando o paciente monitorizado através de um oxímetro de pulso que vai evidenciar todas as suas funções vitais (Donaldson et al., 2012).

A baixa solubilidade do óxido nitroso permite que ele seja removido rapidamente, ocorrendo a sua eliminação por meio de expiração de uma maneira precisamente oposta à absorção (Donaldson et al., 2012).

O objetivo da sedação consciente inalatória é facilitar os tratamentos dentários e diminuir o medo e ansiedade da experiência na consulta do médico dentista (Lee et al., 2012).

Esta técnica é revolucionária e apresenta a vantagem de, com um elevado grau de segurança até porque é permanentemente monitorizada pelo médico dentista, permitir às crianças fazerem os tratamentos dentários que precisam sem a habitual sensação de medo e ansiedade que caracterizam as idas ao dentista (OMD, 2012).

Assim, a sedação consciente por inalação é um importante aliado do médico dentista e da criança. Possibilita que esta fique mais calma e num estado de total relaxamento e tranquilidade, estando ao mesmo tempo acordada e cooperante e em total segurança, por períodos mais prolongados, facilitando ao médico dentista a realização dos tratamentos necessários (Lee et al., 2012).

De evidenciar o facto desta técnica permitir a redução da ansiedade em odontopediatria e, logo, também, um tratamento calmo e adequado conducente a um comportamento colaborante e positivo do paciente e, assim, ao sucesso da relação médico dentista paciente (Lee et al., 2012).

A sedação consciente permite a comunicação entre médico dentista e paciente, possibilitando, neste caso, à criança ou jovem compreender e responder às interações verbais (Welbury et al., 2005).

Justifica-se o seu uso pelo facto de aproximadamente 30 % da população temer ir ao dentista. Esta percentagem aumenta para cerca de 50 % quando se trata de crianças e jovens (Welbury et al., 2005).

O objetivo da sedação consciente é diminuir o medo da observação ou do tratamento dentário, oferecendo uma sensação de bem-estar e calma que permite o acesso quer à observação oral quer ao tratamento subsequente (Lee et al., 2012).

A sedação consciente recorre à inalação de substâncias como oxigénio (O₂) e N₂O e é controlada de forma a evidenciar os sinais vitais do paciente ao longo do processo (Hallonsten et al., 2005).

Ainda que não existisse, em 2005, contra indicações para o uso desta sedação consciente, é importante referir que eram sempre recomendadas as concentrações exigidas e estudado caso a caso cada criança ou jovem e que todos os profissionais de saúde deveriam saber como proceder em caso de situação anómala (Welbury et al., 2005).

Nos dias de hoje, este medo não se legitima, dado ser possível, no tratamento médico-dentário a sedação consciente com óxido nitroso, uma técnica já há muito reconhecida nos Estados Unidos e na Europa desde 1844 (Wilson, 2004).

De acordo com dados da literatura cerca de 56% dos médicos dentistas, a nível mundial, usam este fármaco de forma segura e habitual em toda a população, mas mais especificamente nas crianças e jovens e nos portadores de deficiência, mesmo se os métodos e medicamentos usados deverão ser estimados de forma correta para que não haja uma perda de consciência (Martins, 2015).

Atualmente, a técnica de sedação consciente por O₂/N₂O é usada com o objetivo primeiro de controlar a ansiedade e não pelo seu resultado anestésico (Lee et al., 2012). Esta técnica tornou-se uma intervenção de rotina na prática contemporânea americana da medicina dentária, especialmente no tratamento de crianças (Levering e Weillie, 2010).

No entanto, há autores que lhe apontam inconvenientes, ainda que nos últimos anos, tenha havido um crescente desenvolvimento científico e tecnológico na sedação, com a sedação consciente a ser o método que mais evoluiu (Wilson, 2004).

No entanto, a introdução da sedação consciente em medicina dentária, aumentou os índices de sucesso e conforto antes, durante e após os tratamentos de medicina dentária. Assim, cada um dos métodos de sedação consciente deve ser bem avaliado antes de ser aplicado (Loureiro, 2014).

CONCLUSÃO

Pela revisão da literatura conclui-se, tal como Macedo da Silva (2012), que, em medicina dentária, o médico dentista depara-se frequentemente com o medo e a ansiedade das crianças e jovens, o que dificulta a prestação de cuidados de saúde oral.

Esse medo, oriundo, muitas vezes, de experiências passadas, de atitudes familiares e diferenciado de acordo com o tipo de pais que a criança tem, está também relacionado com o desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança.

Verifica-se também, como Morais (2013), que o medo e a ansiedade da criança são um problema e uma barreira universal para a procura de tratamento dentário e para o trabalho do médico dentista.

Este medo e esta ansiedade podem ser adquiridos na infância, muitas vezes por experiências desagradáveis, ou indiretamente, por relatos de pais, familiares, amigos e conhecidos, subsistindo inclusive na idade adulta. Presentes em grande parte da sociedade, estes dois sentimentos podem atingir mais de 40% da população total (adultos e crianças), que evitam assim procurar o tratamento em medicina dentária devido a estes fatores (Morais, 2013).

Logo, como explica Lopes (2009), o controlo do medo e da ansiedade em medicina dentária torna-se, assim, importante para permitir ao médico dentista contribuir para a otimização dos cuidados de saúde oral, incentivar estes pacientes à comparência nas consultas de medicina dentária e à aceitação dos procedimentos dentários necessários.

O estudo permite observar a partir de autores como Martins (2015) que para este controlo do medo e da ansiedade existem estratégias a adotar pelo médico dentista durante os procedimentos dentários.

Dessas estratégias, destacam-se as apontadas por Klingberg et al., (2007), o estabelecer uma relação de empatia com o seu jovem paciente compreendendo as suas necessidades e o seu comportamento e solicitar a sua colaboração durante a consulta.

Nota-se, ainda, que existem distintas técnicas de redução do medo e da ansiedade, umas aceites universalmente outras mais controversas, que em conjunto com a formação e a experiência do profissional de saúde permitem ao paciente beneficiar dos cuidados de saúde oral de que necessita.

Conclui-se, como Loureiro (2014), que uma das técnicas muito usadas é a sedação consciente que, de acordo com a literatura, ao manter a criança calma e tranquila permite a realização dos tratamentos de medicina dentária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, C. et al., (2010). Principais técnicas de controlo de comportamento em Odontopediatria. *Arquivos em Odontologia*, 45 (02), pp. 110-115.

Álvarez, M. & Rivero, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Revista Humanidades Médicas*, 6 (1). [Em linha]. Disponível em <<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MIRIAMELAINECERRONCALLUPE.pdf>>. [Consultado 23/04/2015].

American Academy of Pediatric Dentistry. (2005-2006). Guideline behavior guidance for the pediatric dental patient Reference Manual). Chicago: Author.

Araújo, M. R. G., (2002). O que pensa uma dor de dentes, Dissertação de mestrado em Psicologia da saúde, ISPA, Lisboa.

Arnrup, K., Broberg, A. G., Berggren, U., & Bodin, L. (2007). Temperamental reactivity and negative emotionality to specialized paediatric dentistry compared to children in ordinary dental care. *Journal compilation*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17935595>>. [Consultado em 12/05/2015].

Barbosa, C. S. A. Toledo, O. A. (2003). Uso de técnicas aversivas de controlo de comportamento em odontopediatria. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, v.6, n.29, p.76-82.

Barros, L. (2007). Psicologia pediátrica e promoção da saúde. In J. A. C. Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde, Contextos e áreas de intervenção* (pp. 161-186). Lisboa: Climepsi.

Barros L. (2003). *Psicologia Pediátrica - Perspetiva desenvolvimentista*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Bosmans, G., Braet, C. van Leeuwen, K., & Beyers, W. (2006). Do parenting behaviors predict externalizing behavior in adolescence, or is attachment the neglected 3rd factor? *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 373-383.

Braconnier, A. (2007). Manual de psicologia (1ª Ed.). Lisboa: climepsi editors.

Brandenburg, O. J., & Marinho, M. L. (2009). Intervenção para comportamento não-colaborativo em atendimento odontopediátrico – estudo piloto. In XXXVII Reunião Anual de Psicologia, Florianópolis.

Broberg A, Klingberg G. (2009). Child and adolescent psychological development. In: Koch G, Poulsen S, editors. Pediatric Dentistry: A Clinical Approach. 2 ed. Oxford - UK: Wiley-Blackwell Publishing; p. 17-31.

Casamassimo SP, Wilson S, Gross L. (2002). Effects of changing U.S. parenting styles on dental practice: perceptions of diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry. *Pediatr Dent*. 24(1):18-22. [Em linha]. Disponível em <<http://ohiostate.pure.elsevier.com/en/publications/effects-of-changing-us-parenting-styles-on-dental-practice> (84ffb85b-51a0-4913-a9c-ca59279f0e55).html>. [Consultado 15/05/2015].

Cavalcante, L.B. et al., (2011). Sedação consciente: um recurso coadjuvante no atendimento odontológico de crianças não cooperativas. *Arquivos em Odontologia*, 47 (1), pp. 45–50.

Chadwick B, Hosey M. (2003). Parent Training. In: Wilson N, editor. *Child Taming: How to Manage Children in Dental Practice*. 1. London Quintessence Publishing Co. Ltd.; p. 29-36.

Cohen, S. M., Fiske, J., & Newton, J. T. (2000). The impact of dental anxiety on daily living. *British Dental Journal*, 189 (7), 385-390.

Council of European Dentists (2012). The use of nitrous oxide inhalation sedation. [Em linha]. Disponível em <http://www.eudental.eu/library/104/files/ced_doc_2012_007_e_fin-20120514-1715.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>. [Consultado em 05/07/2015].

Coniam SW, Diamond AW. (2001). Controlo da dor. 2ª Edição. Lisboa: Climpesi Editores. [Em linha]. Disponível em <<http://www.sbdmj.com/141/141-01.pdf>>. [Consultado em 02/05/2015].

Corrêa MSN. (2002). Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspetos psicológicos. São Paulo: Santos Editora.

Dicionário Priberam. [Em linha]. Disponível em <<http://www.priberam.pt/dlpo/>>. [Consultado em 12/05/2015].

Eaton, J. et al., (2005). Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatric Dentistry*, 27(2), pp. 107-113.

Eitner, S., Wichmann, M., Paulsen, A. & Holst, S. (2006). Dental anxiety – an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *Journal of Oral Rehabilitation*, 33, pp. 588-593.

Estética y rehabilitacion dental. [Em linha]. Disponível em <http://www.esteticayrehabilitaciondental.com.mx/2008/02/26/odontopediatria-cuidado-dental-ninos-desde-ciudad-satelite-mexico/>. [Consultado em 24/07/2015].

Farhat-McHayleh, N., Harfouche, A., & Souaid, P. (2009). Techniques for Managing Behaviour in Pediatric Dentistry: Comparative Study of Live Modelling and Tell – Show – Do Based on Children’s Heart. *Journal of the Canadian Dental Association*, 75(4), pp. 283-283f.

Ferreira, M. A. (2007). Ansiedade e Fobia Dentária - Avaliação Psicométrica num estudo transversal. Dissertação de Licenciatura. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Fisak B, Grills-Tauechel AE. (2007). Parental Modeling, Reinforcement, and Information Transfer: Risk Factors in the Development of Child Anxiety? *Clin Child Fam Psychol Rev*.10 (3):213-31.

Fonseca, C. C., (2011). Crescimento pós-traumático: o impacto de falar sobre os aspectos positivos de uma experiência traumática, Dissertação de mestrado integrado em psicologia Secção de Psicologia Clínica e da Saúde Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa, Universidade de Lisboa faculdade de psicologia. [Em linha]. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4937/1/ulfpie039645_tm.pdf>. [Consultado em 12/06/2015].

Gapski Odontologia (2010). Novidade: Sedação com Óxido Nitroso. [Em linha] Disponível em <<http://www.gapski.com.br/noticias.aspx?id=42>>. [Consultado em 24/07/2015].

Garnier et Delamare, (2009). Dictionnaire illustré des termes de médecine, 30 ème edition, Paris. Maloine, 2009. [Em linha]. Disponível em <<http://www.unitheque.com>>. [Consultado em 22/01/2015].

Hallonsten, A. et al., (2005). EAPD Guidelines on sedation in Paediatric Dentistry. European Academy of Paediatric Dentistry Guidelines.

Hittelman, E., & Bahn, S. (2006). Nonpharmacological Approaches to Managing Pain and Anxiety. In D. I. Mostofsky, A. G. Fogione, & D. B. Giddon (Eds.), Behavioral Dentistry. [Em linha]. Disponível em <http://infad.eu/RevistaINFAD/2013/n1/volumen1/INFAD_010125_357-366.pdf>. [Consultado em 28/04/2015].

Hmud, R. & Walsh, L. J. (2007). Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. Int Dent S Afric, 9, pp.48-58.

Holmes RD, Girdler N. M., (2005). A study to assess the validity of clinical judgement in determining paediatric dental anxiety and related outcomes of management. Internationale Journal of Paediatric dentistry. [Em linha]. <http://www.researchgate.net/publication/78>. [Consultado em 12/07/2015].

Humphris G, Clarke M, Freeman R. (2006). Does completing a dental anxiety questionnaire increase anxiety? A randomized controlled trial with adults in general dental practice. Br Dent J; 201:33-35.

James, I. A., Reichelt, F. K., Freeston, M. H., & Barton, S. B. (2007). Schemas as memories: Implications for treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21 (1), 51-57. [Em linha]. Disponível em <http://www.academia.edu/4841765/The_Mental_Simulation_of_Motor_Incapacity_in_Depression>. [Consultado em 03/04/2015].

Kaakko T, Getz T, Martin MD. (2003) Dental anxiety among new patients attending a dental school emergency clinic. *J Dent Educ*; 63:748-52. [Em linha]. Disponível em <<http://www.aapd.org/assets/1/25/Kaakko4-03.pdf>>. [Consultado em 28/03/2015].

Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. (2003). [Dental anxiety in an emergency dental service]. *Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. Revista de saúde pública*. Dec; 37(6):786-92.

Kanwal F, Jamil Y, Khan H. (2012). Effect of Parental Anxiety on Child Behaviour in the Dental Surgery. *Journal of Khyber College of Dentistry*. 2(2):74-7.

Karavasilis, L., Doyle, A. B., & Markiewicz, D. (2003). Associations between parenting style and attachment to mother in middle childhood and adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, 27(2), 153–164.

Klingberg G, Broberg AG. (2007). Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent*; 17(6):391-406. [Em linha]. Disponível em <<http://www.jisppd.com/article.asp?issn=0970-4388;year=2013;volume=31;issue=2;spage=82;epage=86;aulast=Paryab>>. [Consultado em 22/04/2015].

Krikken JB, Wijk AJ, Cate JM, Veerkamp JS. (2012). Child dental anxiety, parental rearing style and referral status of children. *Community Dent Health*. 29:289-92. [Em linha]. Disponível em <<http://dare.uva.nl/document/2/123925>>. [Consultado em 27/04/2015].

Lanning, S. K., Brickhouse, T. H., Gunsolley, J. C., Ranson, S. L., & Willett, R. M. (2011). Communication skills instruction: an analysis of self, peer-group, student instructors and faculty assessment. *Patient Educ Couns*, 83 (2), 145-151. [Em linha]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Link&dbFrom=PubMed&from_uid=270521>. [Consultado em 17/04/2015].

Leavy, R (2003). *Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Lee, J.H. et al., (2012). A randomized comparison of nitrous oxide versus intravenous ketamine for laceration repair in children. *Pediatric Emergency Care.*, 28 (12), pp. 297-301.

Lima-alvarez, M.; Casanova-Rivero, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Rev Hum Med, Camaguey*, v.6, n.1, p.1-21.

Lopes, M. A. L., (2013). Ansiedade dentária: uma questão de saúde pública e qualidade de vida – estudo de caso, Viseu, Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária.

Lopes, P. N. R. M., (2009). Ansiedade em Medicina Dentária: Validação de versões portuguesas do “Dental Fear Survey” e do “Modified Dental Anxiety Scale” em estudantes do Ensino Superior. [Dissertação apresentada para obtenção do grau de Doutor]. Badajoz: Universidade da Extremadura – Departamento de Psicologia e Antropologia.

Lopes PN. (2005). Contribuição para o estudo da Ansiedade Dentária: Validação de uma versão portuguesa do Dental Anxiety Inventory em estudantes do Ensino Superior. [Dissertação apresentada como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de Mestre Saúde Pública]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Loureiro V. L. D., (2014). O papel do odontopediatra na sedação inalatória consciente, Dissertação de mestrado em medicina dentária. Porto: Universidade Fernando Pessoa;

Macedo da Silva, A. C., (2012). Medo e ansiedade dentária: uma realidade. Dissertação de mestrado em medicina dentária. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Magalhães, L. (2008). Publicidade televisiva e obesidade infantil, 5º SOPCOM, Comunicação e Cidadania - Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação, 6-8 de Setembro de 2007, Braga: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho.

Main street smiles. [Em linha]. Disponível em <<http://www.mainstreetsmiles.com/news-and-articles/conquering-dental-anxiety-in-kids/>>. [Consultado em 24/07/2015].

Martins A. M. P., (2015). Restrição como técnica avançadas de controlo de comportamento em odontopediatria, Dissertação de mestrado em medicina dentária, Porto, Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde.

Montagna, D., (2014). Ansiedade dentária em crianças – a importância da sua gestão na consulta de odontopediatria, Dissertação em Medicina Dentária, Viseu, Universidade Católica. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15318/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Diana%20Montagna.pdf>>. [Consultado em 22/06/2015].

Moraes AB, Sanchez KA, Possobon RF, Júnior AL. (2004). Psicologia e Odontopediatria: a contribuição da análise funcional do comportamento. *Psicologia: Reflexão e crítica*;17(1):75-82.

Morais, S. M., (2013). Diversidades (inter) culturais na prática clínica: estudo comparativo da relação médico paciente em Portugal e França na consulta privada de medicina dentária. Dissertação em Medicina Dentária, Viseu, Universidade Católica.

Morse, Z. (2002). Despite the remarkable advances in oral health care, pain and anxiety continue to be significant deterrents for seeking dental services. *Journal of Dental Education*, 66 (6), 689. [Em linha]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/7/12>. [Consultado em 06/04/2015].

Muris, P., Meesters, C., Schouten, E. & Hoge, E. (2004). Effects of perceived control on the relationship between perceived parental rearing behaviors and symptoms of anxiety and depression in nonclinical preadolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(1), 51-58;. Nicolas E, Collado V, Faulks D, Bullier B, Hennequin M. A national crosssectional survey of dental anxiety in the French adult population. *BMC oral health*. 2007; 7:12. [Em linha]. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/7/12>>. [Consultado em 05/05/2015].

OMD. (2012). Disponível em <<http://www.ond.pt/noticias/2010/02/sedacao-consciente-azoto>>. [Consultado em 06/07/2015].

Peden, C. J., & Cook, S. C. (2011). Sedation for dental and other procedures. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 12(8), 331-334.

Pedrosa GWH, Ferreira CM, Gurgel-Filho ED, Fröner IC, Deus G, Coutinho-Filho T. (2002). Avaliação da ansiedade odontológica em pacientes submetidos ao tratamento de urgência odontológica. *Stoma*; 64:14-17.

Peretz B, Moshonov J. (2008). Dental anxiety among patients undergoing endodontic treatment. *J Endod*; 4:435-437.

Ramos LR, Simoes EJ, Albert MS. (2000). Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a two-year follow up. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:1168-75.

Rebelo, H., & Romão, C. (2002) – Métodos e escovagem e características das escovas manuais. Análise crítica. In: Alonso, M. S. E col. *1º Workhop Ibérico: Controlo de placa bacteriana e higiene oral* (33-34). San Lorenzo del Escorial. Espanha. Ed.: Mariano Sanz. [Em linha]. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4379/1/PPG_20113.pdf>. [Consultado em 12/04/2015].

Revista língua Brasil. [Em linha]. Disponível em <<http://revistalingua.com.br/textos/blog-redacao/os-discursos-de-mandela-304360-1.asp>>. [Consultado em 01/06/2015].

Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. (2009). The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*. Apr; 59(561):e116-33.

Roberts, J. et al., (2010). Review: Behaviour Management Techniques in Paediatric Dentistry. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 11(4), pp. 166–174.

Romer, M. (2009). Consent, restraint, and people with special needs: a review. *Special care in Dentistry*, 29(1), pp. 58-66.

Rozier RG, Horowitz AM, Podschun G. Dentist-patient communication techniques The results of a national survey. *J Am Dent Assoc*. 2011;5(142):518–30. [Em linha].

Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21531934>>. [Consultado em 22/05/2015].

Santos S., (2013). Contributo para o estudo de depressão, ansiedade e stresse em crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina (Ciclo de estudos Integrado). Covilhã, Universidade da Beira Interior.

Seligman, M. E., (2006). Learned Optimism: How to change your mind and your life. Vintage Books.

Sheller B. (2004). Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. *Pediatr Dent*. 26(2):111-30. [Em linha]. Disponível em <<http://www.aapd.org/assets/1/25/Sheller-26-02.pdf>>. [Consultado em abril de 2015].

Tsao JC, Lu Q, Myers CD, Kim SC, Turk N, Zeltzer LK. (2006). Parent and Child Anxiety Sensitivity: Relationship to Children's Experimental Pain Responsivity. *J Pain*;7(5):319-26.

Unesco. [Em linha]. Disponível em <http://www.unesco.org/new/pt/brasil/ia/about-this-office/single-view/news/unesco_pays_tribute_to_life_and_legacy_of_nelson_mandela/#.VbqpNvNVhBc>. [Consultado em 06/03/2015].

Vermaire JH, Jongh A, Aartman IH., (2008). Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18924257>>. [Consultado em 06/03/2015].

Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *International journal for equity in health*. 2012; 11(12):1-14.

Versloot J, Craig KD. (2009). The communication of pain in Paediatric Dentistry. *Eur Arch Paediatric Dent*; 10:61-6. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19627668>>. [Consultado em 29/05/2015].

Welbury, R., Duggal, M., Hosey, M. (2005). *Pediatric Dentistry*. Third Edition. Oxford. Oxford, Inglaterra. University Press.

Wilson, S. (2004). Pharmacological Management of the Pediatric Dental Patient. *Pediatric Dentistry*, 26 (2), pp. 131-136.

Wright GZ, Stigers JI. (2011). Nonpharmacologic Management of Children's Behaviors. In: McDonald RE, Avery DR, Dean JA, editors. *Dentistry for the Child and Adolescent*. 9 Ed. Missouri: Mosby Elsevier; p. 27-40. [Em linha]. Disponível em <http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_BehavGuide.pdf> [Consultado em 15/05/2015].